

Таблица 1 – Характеристики прогностического фактора (РФ) для прогноза развития эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной слизистой оболочки пациентов с РА при терапии мелоксикамом (n=137, p <0,01) и диклофенаком (n=90, p <0,01).

Характеристика прогностического фактора (РФ+)	НПВС-терапия	
	Мелоксикам	Диклофенак
Чувствительность	93,8%	93,3%
Специфичность	80,8%	84,4%
Доля правильных прогнозов	86,9%	88,9%
Относительный риск прогнозируемого исхода в группе пациентов с серопозитивным РА	12,8	11,7
Относительный риск иного исхода в группе пациентов с серопозитивным РА	0,2	0,15
Отношение шансов	63,2	76,0

Выводы.

Выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) по частоте встречаемости эрозий и язв желудка и ДПК у пациентов с серопозитивным и серонегативным ревматоидным артритом при приеме как мелоксикама, так и диклофенака. Установлены высокие показатели прогностического фактора (ревматоидный фактор) для прогноза появления эрозивно-язвенных повреждений желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с ревматоидным артритом, принимающих мелоксикам (чувствительность прогноза – 93,8%, специфичность прогноза – 80,8%, доля правильных прогнозов – 86,9%, относительный риск развития гастродуоденальных эрозий и язв в группе пациентов с серопозитивным РА – 12,8; относительный риск отсутствия развития гастродуоденальных эрозий и язв в группе пациентов с серопозитивным РА – 0,2; $p < 0,01$) и диклофенак (чувствительность прогноза – 93,3%, специфичность прогноза – 84,4%, доля правильных прогнозов – 88,9%, относительный риск развития гастродуоденальных эрозий и язв в группе пациентов с серопозитивным РА – 11,7; относительный риск отсутствия развития гастродуоденальных эрозий и язв в группе пациентов с серопозитивным РА – 0,2; $p < 0,01$).

Литература:

1. Клинические рекомендации. Ревматология / под. ред. Е. Л. Насонова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 288 с.
2. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition / C. J. L. Murray [et al.] // The Lancet. – 2015.
3. Gastrointestinal complications of anti-rheumatic drugs / J. Font [et al.] // Digestive Involvement in Systemic Autoimmune Diseases. – 2011. – Vol. 8. – P. 243.
4. Павлюков, Р.А. Оценка риска развития гастродуоденальных эрозий и язв, индуцированных приемом мелоксикама, у пациентов с серопозитивным и серонегативным ревматоидным артритом / Р.А. Павлюков, М.Р. Конорев // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – Т. 29, № 2. – С. 45–52.

УДК 616.72-002.771:616.1

СОСТОЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Пальгуева А.Ю., Литвяков А.М., Лагутчев В.В., Солодовникова С.В., Сиротко О.В.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Общеизвестным является факт, что основной причиной ухудшения качества жизни пациентов с ревматоидным артритом (РА) является хронический болевой

синдром. Цель исследования – изучение распространенности атеросклеротического поражения магистральных артерий у пациентов с РА, а так же определение возможных источников болевых ощущений в области живота при проведении эхоконтролируемой пальпации. В исследование было включено 75 пациентов, страдающих РА. В результате проведенного исследования было установлено, что при РА выявляются атеросклеротические изменения артерий: утолщение КИМ сонных артерий имеет место у 27 (36%) пациентов. При проведении эхоконтролируемой пальпации в 22 (29,3%) случаях выявлены болевые ощущения, которые были связанные с изменениями позвоночника (68,2%) а так же атеросклеротическими изменениями абдоминального отдела аорты (31,8%).

Актуальность. Одним из наиболее важных системных ревматологических заболеваний в медицинском и социально-экономическом плане является ревматоидный артрит (РА), его распространенность в популяции колеблется от 0,5% до 1% [1]. Общеизвестным является факт, что основной причиной ухудшения качества жизни пациентов с ревматоидным артритом (РА) является хронический болевой синдром. С одной стороны болевой синдром может быть обусловлен активным воспалительным процессом, с другой – деструкцией тканей и анатомическими изменениями в хрящах, костях и мягких периартикулярных тканях. Причиной болевого синдрома у этих пациентов так же могут быть системные проявления РА (васкулит, перикардит, плеврит, полиневропатия), осложнения медикаментозной терапии, коморбидные состояния. В частности болевые ощущения в области живота могут быть связаны с НПВС-гастропатией, остеохондрозом поясничного отдела позвоночника и, возможно, с атеросклеротическим поражением брюшного отдела аорты.

Цель работы – изучение распространенности атеросклеротического поражения магистральных артерий у пациентов с РА, а так же определение возможных источников болевых ощущений в области живота при проведении эхоконтролируемой пальпации.

Материал и методы. В исследование было включено 75 пациентов, страдающих РА. Обследованные лица с РА были в возрасте от 20 лет до 51 года. При этом средний возраст составил $38,7 \pm 7,4$ лет. В исследовании приняли участие 5 мужчин, что составило 6,7%. Обследовано 70 (93,3%) женщин. В качестве контрольной группы (КГ) выступили 28 здоровых лиц. Лица контрольной группы были сопоставимы по полу и возрасту с пациентами с РА.

Длительность суставной патологии в группе РА была от 1 года до 24 лет. Продолжительность заболевания в среднем составила $8,3 \pm 5,4$ лет. Ревматоидный фактор определялся в сыворотке крови у 51 (68 %) человека, соответственно серонегативный вариант заболевания имели 24 (32%) обследованных. В соответствии с DAS 28 ремиссия РА определена – у 2 (2,7%) пациентов, низкая активность – у 4 (5,3%), умеренная – у 35 (46,7%), высокая – у 34 (45,3%). Рентгенологическая II стадия заболевания была определена у 32 (42,7%) лиц, III – у 27 (36%), IV – у 16 (21,3%). Функциональный класс I установлен в 31 (41,3%) случае, II – в 41 (54,7%), III – в 3 (4%). Внесуставные проявления РА имели место – у 14 (18,7%) человек. Базисную терапию получали 66 (88%) обследованных лиц, из них 1 (1,3%) человек получал сульфасалазин, остальные 65 (86,7%) – метотрексат. В план ультразвукового скрининга были включены абдоминальный отдел брюшной аорты, общие сонные и экстракраниальные отделы наружной и внутренней сонных артерий.

Толщина комплекса интима-медиа (КИМ) сонных артерий до 0,9 мм расценивалась как нормальная, за утолщение принимали значение КИМ 0,9 мм – $<1,3$ мм. При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости проводили эхоконтролируемую пальпацию желудка, луковица 12-перстной кишки, желчного пузыря, поясничного отдела позвоночника, брюшной аорты. Выраженность болевых ощущений пациентам предлагали оценить по шкале ВАШ.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с помощью программы STATISTICA v.6.0.

Результаты исследования. В группе РА у 27 (36%) пациентов выявлено утолщение КИМ сонных артерий. Атеросклеротические бляшки в сонных артериях были обнаружены у 14 (18,7%) пациентов с РА. Причем, у 3 (4%) человек, страдающих РА, атероматозные очаги присутствовали одновременно в левой и правой сонных артериях. Атеросклеротические бляшки по структуре были гомогенными, по распространенности – локальными (размер бляшек не превышал 1,5 см), по локализации – сегментарными (занимали до 0,25 окружности сосуда). Поверхность бляшек была ровная. Признаков осложнений выявлено не было. В просвет сосуда очаги атероматоза выступали не более чем на 2,7 мм. Во всех случаях атеросклеротические бляшки не вызывали гемодинамических нарушений. В КГАтероматозных очагов в сонных артериях не было обнаружено.

При проведении ультразвуковой ангиографии брюшного отдела аорты признаки атеросклеротического поражения были выявлены у 36 (48%) обследованных. Изменение контура сосуда в виде извитости выявлено у 7 (9,3) человек. Неоднородная структура сосудистой стенки была характерна для 36 (48%) пациентов. Изменения интимы в виде неровности, неоднородности выявлены – у 36 (48%) лиц с РА. Атеросклеротические бляшки в брюшной аорте обнаружены в 21 (28%) случае. Единичные очаги атероматоза выявлены у 9 (12%) человек, множественные – у 12 (16%). Во всех случаях атеросклеротические бляшки были гомогенной структуры с ровной поверхностью. По распространенности атеросклеротические бляшки были локальными, по локализации – сегментарными. Гемодинамических нарушений не вызывали.

Признаков атеросклеротического поражения абдоминального отдела аорты в группе здоровых лиц выявлено не было.

При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости проводилась эхоконтролируемая пальпация. При этом 36 (48%) человек указывали на наличие болевых ощущений. В 6 (16,7%) случаях болевые ощущения выявлялись при пальпации поясничного отдела позвоночника, выраженность которых по шкале ВАШ составила 48 (36-59). В 30 (83,3%) случаях пациенты указывали на болезненные ощущения при пальпации абдоминального отдела аорты, и их интенсивность по ВАШ оказалась 42 (31-65). При этом в данной группе пациентов выявлены признаки атеросклеротического поражения аорты: изменение контура сосуда в виде извитости, неоднородная структура сосудистой стенки, неровности, неоднородности интимальной зоны, атеросклеротические бляшки. При эхоконтролируемой пальпации в проекции атеросклеротической бляшки пациент указывал на болезненность, которая по шкале ВАШ составила 47.

Выводы. В результате проведенного исследования было установлено, что при РА выявляются атеросклеротические изменения артерий: утолщение КИМ сонных артерий имеет место у 27 (36%) пациентов. В сосудах пациентов с РА выявляются атероматозные бляшки: в сонных артериях (18,7%), абдоминальном отделе аорты (28%).

При проведении эхоконтролируемой пальпации в 22 (29,3%) случаях выявлены болевые ощущения, которые были связанные с изменениями позвоночника (68,2%) а так же атеросклеротическими изменениями абдоминального отдела аорты (31,8%).

Литература:

1. Gabriel, S. The epidemiology of rheumatoid arthritis / S. Gabriel // Rheum. Dis. Clin. North. Amer. – 2001. – Vol. 27. – P. 269–281.